

Patientenfragebogen Datenerfassung und Dokumentation Mammographiescreening

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	Geburtsort	
Strasse, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer	Weitere Telefonnummern	
Krankenkasse(Name und Nummer)		

Name und Adresse des Frauenarztes/oder Hausarztes:

Dürfen wir diesen benachrichtigen ja nein

Wann und wo sind Ihre letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt worden?

Monat/Jahr _____ Erstellungsort _____ Dürfen wir dort
nachfragen? ja nein

**Wurden bei Ihnen früher Brusterkrankungen diagnostiziert?
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)**

Gewebeprobe entnommen	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Brustverkleinerung/-vergrößerung	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Vorhandensein von Brustimplantaten	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Diagnose Brustkrebs	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Brusterhaltend operiert	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Entfernung der Brust	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Aufbauplastiken benutzt	Jahr	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links

Ich habe das Merkblatt zum Mammographiescreening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin